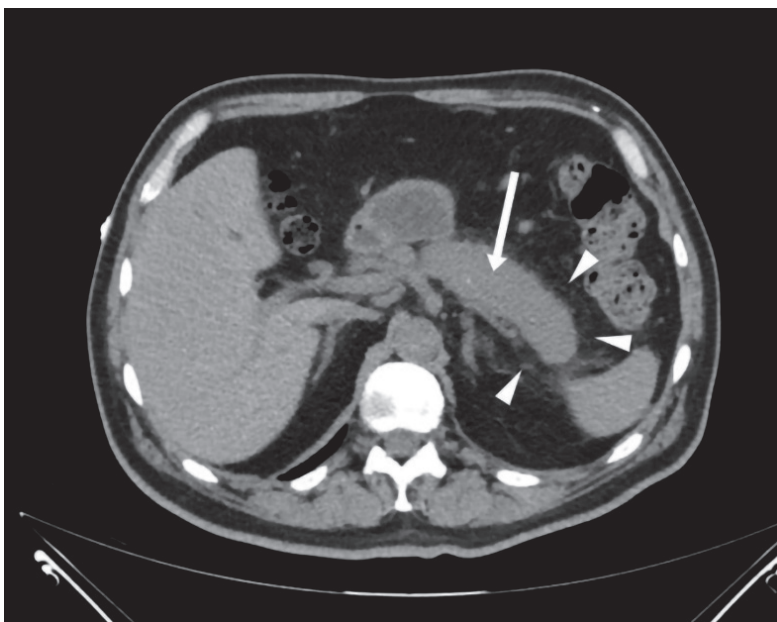
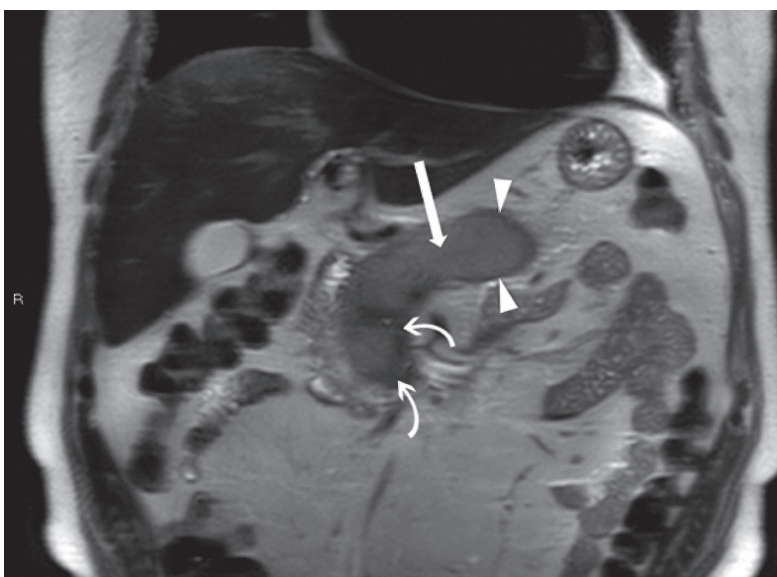


Autoimmuunne pankreatiit

Jaanus Laurik – Põhja-Eesti Regionaalhaigla radioloogiakeskus



Pilt 1. Kompuutertomograafiline uuring. Pankreas on difuusselt paksenenud (nool), pankrease ümber on vähene rasvkoe infiltratsioon (noolepead).



Pilt 2. Magnetresonantstomograafiline uuring, T2-kaalutud koronaalsuunaline kujutis. Pankreas on valdavas osas tugevama signaaliga, turseline (sirge nool). Väikesel alal pankrease peaosas on näha ka normaalse nõrgema signaaliga pankreasekude (köverad nooled). Pankrease sabaosas ümbritseb pankreast nõrga signaaliga ääris (noolepead).

63aastane mees pöördus arsti poole ülakõhuvalu tõttu. Vereanalüüsides ilmnis tagasihoidlik lipaasi ja põletikumarkerite sisalduse suurenemine. Tehti kompuutertomograafiline (KT) uuring, milles oli näha pankrease vähene suurenemine ning ümbritseva rasvkoe turse. Pankreasejuha ega sapiteede laienemist ei olnud (vt pilt 1). Jäi kahtlus alkohoolse pankreatiidi suhtes. Patsiendile määrati sümptomaatiline ravi.

Kuu aega hiljem kaebused püsisid, ka vereanalüüsides olulist muutust ei olnud. Tehti täpsustav magnetresonantstomograafiline (MRT) uuring. Selgus, et pankreas oli difuusselt paksenenud, valdavas osas on T2-kaalutud kujutisel signaal tugevam (turseline pankreas), pankrease sabaosas oli näha perifeerne õhuke nõrgema signaaliga ääris. Pankreases ilmnis ka mõõdukas difusioonirestriksioon ning hilisfaasis kontrasteerumine (vt pilt 2–3). MRT-leid oli iseloomulik autoimmuunsele pankreatiidile. Vereanalüüsides leiti lisaks lipaasi ja põletikumarkerite sisalduse vähesele suurenemisele ka seerumi immuunglobuliin (Ig) G4 kõrgenenud tase. Patsiendile määrati raviks glükokortikoidid, ravikuuri järel vaevused taandusid ning vereanalüüsides ja piltidiagnostiliste uuringute tulemused paranesid.

ARUTELU

Autoimmuunne pankreatiit (AIP) on suhteliselt harv fibroosspõletikuline kroonilise pankreatiidi vorm. Eristatakse haiguse kaht alatüüpi. 1. tüüp esineb tavaliselt vanema ealistel (60–70 a) ja rohkem meestel, sellele on iseloomulik seerumi IgG4 kõrgenenud tase ning sageli on autoimmuunse geneesiga kahjustused ka teistes elundites (sapiteed, neerud, sõljenäärmed, retroperitoneaalruum). 2. tüüp esineb noorematel (40–50 a) ning meestel ja naistel võrdselt, tüüpiliselt on haaratud ainult pankreas ning IgG4 sisalduse suurenemine on vähene või puudub.

Haigus diagnoositakse piltidiagnostiliste, laboratoorsete (veres IgG4 > 140 mg/dl) ning histopatoloogiliste tunnuste alusel,

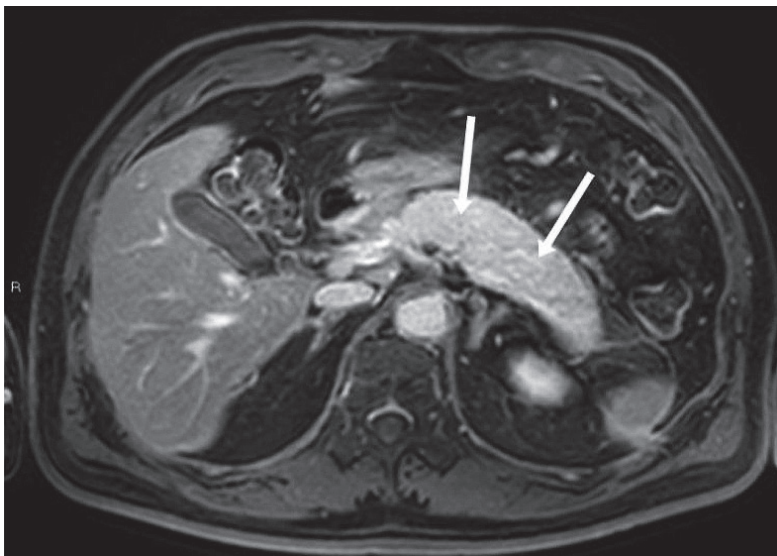
samuti haigustunnuste taandumise järgi glükokortikoidravi järel.

Kompuutertomograafilisel (KT) uuringul on AIP-le iseloomulik pankrease difuusne või fokaalne suurenemine ja normaalse lobulaarse kontuuri ühtlustumine (nn vorstitaoline pankreas), pakreasejuha kitsenemine ning pankrease hiline kontrasteerumine. Ümbritseva rasvkoe turse on tavaliselt minimaalne.

MRT-uuringul on lisaks KT nähtavatele tunnustele iseloomulik kahjustunud pankreasekoos T1-kujutistel nõrgem ja T2-kujutistel tugevam signaal ning difusioonirestriksioon. Kuni pooltel juhtudest ümbritseb kahjustunud pankreast T1- ja T2-kujutistel nõrgema signaaliga kontrasteeruv ääris, mida peetakse AIP-le väga spetsiifiliseks tunnuseks.

Enamasti on pankreas haaratud difuusselt, kuid ligi kolmandikul juhtudest ilmneb haigus pankreases koldena. Sel juhul on haigust piltidiagnostiliselt väga raske eristada pankrease adenokartsinoomist. Vahel kinnitatakse AIP diagnoos alles pankrease resektiooni järgsel histoloogilisel uuringul.

AIP on benigne haigus, raviks kasutatakse glükokortikoide, millele haigus üldiselt väga hästi reageerib. Kuni pooltel



Pilt 3. Magnetresonantstomograafiline uuring, hilisfaasis kontrastainega T1-kaalutud kujutis. On näha pankrease hilisfaasis kontrasteerumine (nööled).

1. tüüpi autoimmuunse pankreatiidiga patsientidest võib haigus retsidiiveeruda.

KIRJANDUS

1. Ketwaroo GA, Sheth S. Autoimmune pancreatitis. *Gastroenterol Report* 2013;1:27–32.
2. Crosara S, D'Onofrio M, De Robertis R, et al. Autoimmune pancreatitis: Multimodality non-invasive imaging diagnosis. *World J Gastroenterol* 2014;20:16881–90.

Kas suitsetamine vähendab Parkinsoni tõve kujunemise riski?

Parkinsoni tõbi (PT) on krooniline neurodegeneratiivne haigus. Hinnanguliselt esineb see ühel protsendil üle 60 aasta vanustel ja 4 protsendil üle 80 aasta vanustel isikutel. Tervistavat ravi haigusele ei ole. Kirjanduses leidub andmeid suitsetamise protektiivsest toimest PT kujunemisele. Andmed on vastukäivad.

Euroopa populatsioonipõhises kohortuuringus, kus osalesid

13 keskust 8 riigist, analüüsiti suitsetamise ja PT kujunemise seoseid. Ilmnes, et nii suitsetajatel kui ka varem suitsetanud on väiksem risk haigestuda PTsse. Võrreldes mittesuitsetajatega oli suitsetajatel 50% väiksem, varem suitsetanud 20% väiksem ning passiivsetel suitsetajatel 30% väiksem PTsse haigestumise risk.

Ei ole selge, millega seletub suitsetamise protektiivne mõju PT kujunemisele. Ühe võimaliku põhjusena on esile toodud tubakasuitsus leiduv 2,3,6-trimetüül-

1,4-naftokinoon, mis katseuurinute andmeil pidurdab ajurakkude degeneratsiooni ja dopaminergilise süsteemi kahjustust. Teisalt on ka nikotiinil dopaminergiline toime.

Seniste andmete valguses ei saa siiski suitsetamist PT ennetuseks soovitada. Edasised uuringud on vajalikud.

REFEREERITUD

Gallo V, Vineis P, Cancellieri M, et al. Exploring causality of the association between smoking and Parkinson's disease. *Int J Epidemiol* 2019;48:912–25.

LÜHIDALT